74. Sitzung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut

Datum der Sitzung: 05.-06. November 2012
Ort: Robert Koch-Institut, DGZ-Ring 1, 13086 Berlin

Beginn: 05. Nov. 11:00 Uhr Ende: 06. Nov. 15:45 Uhr

Teilnehmer

STIKO-Mitglieder*: (*anwesend: 16 von insgesamt 17 Mitgliedern*)

Herr Dr. Leidel *(Vorsitzender)*
Herr Prof. von Kries *(Stellvertr.Vorsitzender)*
Frau Prof. Bertelsmann
Herr Prof. Bogdan *(bis TOP 11)*
Frau Prof. Garbe
Herr Prof. Heininger
Herr Prof. Hengel
Frau Prof. Hummers-Pradier
Frau Prof. Klug (ab TOP 4,)
Herr Dr. Ledig
Herr Prof. Mertens
Frau Dr. Oppermann
Frau Dr. van der Sande
Herr Dr. Terhardt
Frau PD Dr. Dr. Wicker
Herr Prof. Zepp

Entschuldigt:

Herr Prof. von Sonnenburg

Ständige Gäste:

Frau Dr. Keller-Stanislawski (PEI)
Frau Dr. Nies (05. Nov.) / Frau Dr. Behring (6. Nov.) (G-BA)
Frau Dr. Reckendrees (BZgA)
Frau Dr. Reinhard (BMG)
Herr Dr. Schmidt (BMVg)
Herr Dr. Wiesenbacher (Auswärtiges Amt)
Frau Dr. Wirtz (AGI)

Robert Koch-Institut (RKI):

Frau Dr. Deleré (Tag 1), Herr Falkenhorst, Frau Dr. Koch, Frau Lerch, Herr PD Dr. Wichmann
Zu einzelnen TOPs: Herr Dr. Harder, Frau Dr. Hellenbrand, Herr Prof. Krause, Frau Dr. Matysiak-Klose, Herr Dr. Remschmidt

* Die Fragebögen zur Einschätzung des Anscheins einer möglichen Befangenheit wurden vor der Sitzung fristgerecht versandt und bewertet. Mitglieder, für die zu einzelnen Beratungsgegenständen eine Besorgnis der Befangenheit nach § 7 Geschäftsordnung der STIKO (GO-STIKO) besteht, können an einem informatorischen Austausch vor Beginn der Beratung zu diesem Beratungsgegenstand teilnehmen. Danach verlassen sie den Raum und sind von der nachfolgenden Beratung und Beschlussfassung ausgeschlossen.

Tagesordnung

5. November 2012

TOP	Thema	Verantwortlich	Zeit	Anlage
1	**Begrüßung**	Leidel/Krause	11:00-11:05	
2	Information, Diskussion und Abstimmung **Protokollannahme 73. Sitzung**	Leidel/GS	11:05-11:25	*Protokollentwurf*
3	Information **Bericht des Vorsitzenden**	Leidel	11:25-11:40	
4	Information **Bericht aus dem RKI FG 33** **-** Bericht STIKO-RKI-Symp. DGKJ - Jours fixes Hersteller - Umstellung von CIRCA-Server auf „Alfresco“	GS	11:40-12:00	
5	Information **Bericht aus dem PEI**	Keller-Stanislawski	12:00-12:15	
6	Information, Diskussion, ggf. Abstimmung **Berichte aus den AGs** - AG MenB: Aktueller Stand - AG VZV: Zwischenbericht	 Hellenbrand Hengel	12:15-12:45	 Textentwurf
	MITTAGSPAUSE		12:45-13:30	
7	Information **Aktuelles zur Methodik** - Interpretationshilfe - Konsensfindung - öffentliches Interesse - weiteres Procedere	v. Kries/Harder	13:30-14:15	
	KAFFEEPAUSE		14:15-14:45	
8	Diskussion und Beschluss **Impfung gegen Rotaviren**	Mertens/Koch	14:45-Ende	Beschlussentwurf, Hintergrundinformation

6. November 2012

9	Information, Diskussion **Rabattverträge**		08:30-9:15	
10	Information, Diskussion **Impfung gegen Pneumokokken bei Erwachsenen** - aktuelle Daten PneumoWeb - Empfehlungen ACIP/ JCVI	Bogdan	9:15-10:15	
	KAFFEEPAUSE		10:15-10:30	
11	Information, Diskussion und Abstimmung **Hepatitis B** - systematische Lit.recherche - Einteilung Risikogruppen - Abstimmung Titer-Richtwert	Harder	10:30-12:00	
	MITTAGSPAUSE		12:00-12:30	
12	Information, Diskussion und Abstimmung **Impfung gegen Influenza** - Stellungnahme LAIV - DVV - weiteres Procedere	Mertens/ Falkenhorst	12:30-13:30	
13	Information, Diskussion und Abstimmung **Masern** - Aktuelles zu Masern 2012 - KV-Daten zur Durchimpfung - Immunglobulingabe - Impfen im Wochenbett - Gründen einer AG Masern? - Kampagne BZgA	Matysiak-Klose	13:30-14:30	
14	**Verschiedenes** - Veröffentlichung der STIKO-Empfehlungen (Termin, Format des Impfkalenders, aktivere Verbreitung/Präsenz auf Kongressen?)	GS	14:30-15:30	

GS = Geschäftsstelle der STIKO im Fachgebiet Impfprävention des RKI

Tag 1, 05.11.12

TOP 1 Begrüßung

Der Vorsitzende der STIKO, Herr Dr. Leidel, und Herr Prof. Krause im Namen des RKI begrüßen die Anwesenden. Es werden keine Änderungen oder Ergänzungen der Tagesordnung vorgeschlagen. Die Beschlussfähigkeit wird festgestellt. Eine schriftliche Abfrage möglicher Befangenheiten wurde vor der 74. Sitzung durchgeführt.

TOP 2 Annahme des Protokolls

Das Protokoll der 73. Sitzung wird mit den vor der Sitzung eingegangen Ergänzungen seitens der STIKO-Mitglieder angenommen.

Abstimmung: 14 JA-Stimmen, 1 Enthaltung

TOP 3 Bericht des Vorsitzenden

Herr Leidel berichtet über die seit der letzten Sitzung erfolgten Stellungnahmen der STIKO:

(i) Stellungnahme der STIKO zur Bewertung von Impfungen für Erwachsene durch die Stiftung Warentest (Zeitschrift TEST, Heft 10/2012)
Basierend auf einem Vorschlag der GS wurde der Text der Stellungnahme von den STIKO-Mitgliedern per E-Mail-Austausch finalisiert und am 22.10.2012 veröffentlicht. Die Kernaussagen der Stellungnahme wurden in Form eines inhaltlich mit den STIKO-Mitgliedern abgestimmten Leserbriefs des STIKO-Vorsitzenden an die Zeitschrift TEST zum Abdruck in Heft 12 geschickt.

(ii) Stellungnahme der STIKO zum Lebendimpfstoff gegen Influenza
Ein attenuierter Lebendimpfstoff gegen Influenza (LAIV) ist für die Saison 2012/13 in der EU erstmals zugelassen und steht in Deutschland seit September 2012 zur Verfügung. Dazu hat die AG Influenza eine Stellungnahme erarbeitet, die nach E-Mail-Abstimmung durch die STIKO-Mitglieder am 17.09.2012 veröffentlicht wurde.

Beide Stellungnahmen sind auf der Webseite der STIKO www.stiko.de einsehbar.

Herr Leidel weist auf einen kürzlich in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift publizierten Artikel eines Medizinjuristen zum Thema „off-label use“ hin (Koyuncu A. Arzneimittelversorgung im Off-Label-Use – der rechtliche Rahmen. Dtsch Med Wochenschr 2012; 137: 1519–1523). Darin wird ausgeführt, dass ein Arzt zu Therapiezwecken ein zugelassenes Arzneimittel zulassungsüberschreitend einsetzen darf. Dieser Off-Label-Use ist per se kein Behandlungsfehler, wenn er nach sorgfältiger Abwägung aller Vor- und Nachteile vertretbar und medizinisch begründet ist oder bei einer bestimmten Krankheit das standardgemäße Vorgehen darstellt. Der Arzt muss den Patienten über den Off-Label-Use aufklären. Für Off-Label-Use besteht grundsätzlich keine Leistungspflicht der GKV, außer wenn diese vom G-BA festgelegt wird.

Der G-BA hat Herrn Leidel ein Schreiben mit Kommentaren zur SOP der STIKO zur Erstellung von Impfempfehlungen zugeschickt. Darin wird die geplante Publikation einer ausführlichen wissenschaftlichen Begründung ausschließlich auf Englisch kritisiert. Die GS stellt klar, dass es zusätzlich (wie bislang auch in Form der „Neuerungen“) eine Zusammenfassung der Begründung in deutscher Sprache geben wird, die etwa dem Umfang der bisherigen Begründungen entsprechen wird. Diese wird bereits im Stellungnahmeverfahren, das heißt, vor dem endgültigen STIKO-Beschluss dem G-BA vorliegen. Eine schriftliche Beantwortung des Schreibens des G-BA ist Mitte Oktober erfolgt.

TOP 4 Bericht aus dem Fachgebiet Impfprävention (FG 33) des RKI

Frau Deleré berichtet von der Veranstaltung der STIKO im Rahmen der 108. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) in Hamburg am 15.09.2012. Herr Terhardt berichtet über seine Fortbildungsaktivitäten im Rahmen des pädiatrischen Berufsverbands BVKJ. Der Vorschlag, den direkten Kontakt zu niedergelassenen Ärzten in ähnlicher Form auch auf anderen Veranstaltungen (z.B. der Allgemeinmediziner) zu suchen, findet Zustimmung. Frau Deleré bittet um konkrete Vorschläge und aktive Teilnahme seitens der STIKO-Mitglieder.

Da der CIRCA-Server als Arbeitsplattform eingestellt wird, soll als neue Internet-Plattform für den Austausch von Dokumenten „Alfresco“ genutzt werden. Jedes STIKO-Mitglied wird Zugangsdaten erhalten. Die Geschäftsstelle wird mit einer Arbeitsgruppe Erfahrungen sammeln und eine Kurzanleitung für die STIKO-Mitglieder erstellen, sollten verschiedene Anwendungen nicht selbsterklärend sein.

Herr Falkenhorst berichtet von den turnusmäßig stattgefundenen Treffen des RKI mit den Impfstoffherstellern Baxter, GSK und AstraZeneca. Themen waren aktuelle Entwicklungen im Bereich der Influenza-Impfstoffe (Lebendimpfstoff, quadrivalente Impfstoffe, Zellkultur-Impfstoffe) und in frühen Phasen der Entwicklung stehende neue Impfstoffkandidaten.

TOP 5 Bericht aus dem PEI

Frau Keller-Stanislawski stellt folgende für die STIKO relevante gesetzliche Neuregelungen vor:

Aufgrund EU-Gesetzgebung gibt es jetzt die Möglichkeit, dass auch Bürger beobachtete UAW-Verdachtsfälle direkt an das PEI melden können unter https://verbraucher-uaw.pei.de/

Ebenfalls aufgrund einer neuen EU-Verordnung werden alle seit 1.11.2011 neu eingeführten Impfstoffe zukünftig mit einem schwarzen Dreieck auf der Packung gekennzeichnet. Das Dreieck bedeutet, dass diese Mittel unter einem besonders strengen Risikomanagement stehen. Die Zulassungsbehörden können dem Hersteller Postmarketing-Studien sowohl zur Sicherheit als auch zur Wirksamkeit auferlegen.

Zur erfolgten Chargenrücknahme der Influenzaimpfstoffe von Novartis (Begripal® und Fluad®) erläutert Frau Keller-Stanislawski, dass es sich um eine Vorsichtsmaßnahme aufgrund von beobachteten Ausflockungen in Vorprodukten dieser Chargen handelt. Aus den spontanen UAW-Meldungen ist kein Warnsignal erkennbar. Daten zur Frage der Immunogenität bereits verabreichter Dosen dieser Chargen sind dem PEI nicht bekannt.

Frau Keller kommentiert die Entscheidung des finnischen Public Health-Instituts THL, vor der Anwendung des nicht-adjuvantierten saisonalen Grippeimpfstoffs Fluarix® (in Deutschland: Influsplit®) bei Personen unter 65 Jahren zu warnen. Das THL folgert aus immunologischen Befunden, dass das gehäufte Auftreten von Narkolepsie bei Kindern und Jugendlichen nach Pandemrix® möglicherweise nicht durch das Adjuvanz AS03 verursacht wurde, sondern mit dem Hilfsstoff Polysorbat-80 zusammenhängt, der sowohl in Pandemrix® als auch Fluarix® enthalten ist. Die EMA hat sich mit den Befunden befasst und hält die in Finnland verwendeten immunologischen Methoden für nicht ausreichend robust, deshalb seien die Ergebnisse nicht interpretierbar. Polysorbat-80 ist in vielen anderen parenteral angewendeten Arzneimitteln enthalten, ohne dass ein Signal bzgl. Narkolepsie beobachtet wurde. Das Argument, dass es in Verbindung mit dem in Kanada verwendeten, ebenfalls AS03-adjuvantierten pandemischen Impfstoff Arepanrix® zu keiner Narkolepsiehäufung gekommen sei, sei nicht stichhaltig. Polysorbat-80 sei nicht der einzige Unterschied zwischen Pandemrix® und Arepanrix®. Auch seien epidemiologische Daten zur Frage einer möglichen Narkolepsiehäufung in Kanada noch gar nicht vollständig ausgewertet.

TOP 6 Berichte aus den AGs

Unter diesem TOP berichten die AGs Meningokokken B und VZV. Weitere AG-Berichte erfolgen unter den TOPs 7, 8, 10, 11 und 12.

AG Meningokokken B:
Frau Hellenbrand berichtet, dass die Zulassung des Meningokokken B (MenB)-Impfstoffs weiterhin aussteht, mit einer "positive opinion" des CHMP werde noch 2012 gerechnet. Phase III Studien mit follow-up-Untersuchungen zur Antikörper-Persistenz sind noch nicht vollständig ausgewertet bzw. noch nicht peer-reviewed veröffentlicht. Bzgl. des methodischen Vorgehens der AG ist u. A. zu klären, ob Daten aus dem EPAR der EMA gleichwertig benutzt werden sollen wie peer-reviewed Publikationen.

Wegen der relativen Seltenheit der Erkrankung beruhen alle Wirksamkeitsstudien nur auf Immunogenitätsdaten in Form der Messung bakterizider Antikörper im Beisein von humanem Komplement (hSBA). Für die Korrelation von hSBA mit der Vakzineeffektivität gibt es umfangreiche Literatur. Von hoher Bedeutung ist jedoch die Standardisierung der Methoden. Die Immunantwort muss auf die im Impfstoff enthaltenen 4 verschiedenen Antigene gesondert getestet und bewertet werden. Daraus ergibt sich die Herausforderung der Bewertung vielfältiger Immunogenitätsdaten in verschiedenen Altersgruppen und nach unterschiedlicher Anzahl von Impfdosen und unterschiedlich langen Zeitintervallen.

Ein limitierender Faktor für die zu erwartende Schutzwirkung der Impfung ist die variable Antigenexpression der B-Meningokokken. Von den 222 in 2007-2008 am NRZ analysierten Isolaten von MenB-Erkrankungsfällen in Deutschland exprimierten 19% keines der im Impfstoff enthaltenen vier Antigene, d.h. gegen diese MenB-Stämme ist kein Schutz zu erwarten. Ein hoher Anteil (54%) der Stämme exprimierte dagegen mehr als eines der 4 Antigene.

Mögliche PICO-Fragen wurden in der AG erarbeitet; es muss noch ein Ranking erfolgen. Die von der STIKO auf der letzten Sitzung befürwortete Zusammenarbeit mit der Universität Bristol zwecks Modellierung der epidemiologischen und ökonomischen Effekte wurde in die Wege geleitet, hängt allerdings noch von der Finanzierungzusage ab. Weitere Erhebungen zur Akzeptanz einer weiteren Impfung im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter sowie zu den Kosten der Umgebungsuntersuchungen/Postexpositionsprophylaxe sind wünschenswert. Im FG33 wird geprüft, wie diese realisiert werden können.

AG VZV:
Herr Hengel berichtet vom letzten Treffen der AG VZV am 6.7.2012 in Düsseldorf. Themen waren:

- Mathematische Modellierung „*Epidemiologische und ökonomische Effekte von Impfstrategien für die Prävention von Varizellen und Herpes zoster*"
Diese vom RKI finanzierte Modellierung wurde nach öffentlicher Ausschreibung an eine Gruppe unter Führung von Prof. Mikolajczyk (jetzt HZI Braunschweig), Prof. Kretzschmar (Utrecht) und Prof. Greiner (Bielefeld) vergeben. Untersucht wird die Auswirkung unterschiedlicher Impfszenarien (d.h. unterschiedliche Anzahl von Impfungen und unterschiedliche Impfquoten) auf die altersspezifische Inzidenz und Erkrankungsschwere von Varizellen-Erkrankungen und Herpes Zoster in Deutschland. Es fanden bisher zwei Treffen mit der Modellierungsgruppe statt. Die STIKO AG war jeweils durch ein Mitglied vertreten, um zu gewährleisten, dass die spezifischen Fragen der STIKO ausreichend berücksichtigt werden. Ergebnisse sind im 2. Hj. 2013 zu erwarten.

- Varizellen-Impfung Erwachsener
Für die Bewertung der Relevanz dieses Themas sind folgende Aspekte von Bedeutung, die zurzeit untersucht werden bzw. deren Verlauf beobachtet wird: Krankheitslast Varizellen bei Erwachsenen, Seroprävalenzdaten bei jungen Erwachsenen (Studie beantragt; Daten frühestens 2015), Ergebnisse der o.a. mathematischen Modellierung (Ergebnisse 2.HJ. 2013).

- Zwischenbericht zur Varizellenimpfung
In Erfüllung einer Selbstverpflichtung der STIKO aus dem Jahr 2009 (s. Epid Bull 32/2009) hat die AG den Entwurf für einen Zwischenbericht zur Varizellenimpfung erarbeitet, der der STIKO fristgerecht vor der Sitzung zugeschickt worden ist. Fazit: Die Impfempfehlung wird erfolgreich umgesetzt, die Impfziele werden bislang erreicht. Die Aufrechterhaltung ausreichend hoher Impfquoten ist entscheidend. Die langfristige epidemiologische Entwicklung ist zu beobachten, eine erneute Evaluation sollte in spätestens 5 Jahren erfolgen.

Dem Berichtsentwurf wird von der STIKO grundsätzlich zugestimmt. In der Diskussion wird angemerkt, dass die Formulierungen bezüglich der Reaktogenität von MMR-V-Kombinationsimpfstoff bei der zweiten Impfdosis (im Vgl. zur getrennten Gabe MMR und V) missverständlich seien.

Es wird darüber abgestimmt, ob der Entwurf an die AG zurückverwiesen werden soll mit dem Auftrag, eine überarbeitete Version zur Verabschiedung per E-Mail vorzulegen.

Abstimmung: 16 JA (einstimmig)

TOP 7 Aktuelles zur Methodik

Herr von Kries berichtet vom Treffen der AG Methodik am 25.09.2012 in Berlin.

Die AG Methodik befasste sich auf diesem Treffen unter anderem erneut mit der Frage, wie das „Öffentliche Interesse“ an einer Impfung definiert werden kann. Dazu hielt Prof. Markmann, Medizinethiker an der LMU München, einen Vortrag. Als Kriterien für das Öffentliche Interesse sieht er: Güte der Impfung (=Wirksamkeit + Sicherheit), gesundheitlicher (Netto-) Nutzen, Schutz vulnerabler Gruppen, Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung, ökonomische Auswirkungen. Eine Bewertung des öffentlichen Interesses ergäbe sich aus einer kontinuierlichen Bewertung der einzelnen Aspekte im Verlauf der Erstellung der Empfehlungen. Eine der Herausforderungen liegt darin, dass diese Fragen oft nicht mit ja oder nein beantwortet werden können, sondern kontinuierliche Ausprägungen haben. Trotzdem muss in der Summe eine Entscheidung für oder gegen eine Impfempfehlung getroffen werden, auf Basis einer letztlich nicht völlig objektivierbaren Bewertung dieser Kriterien.

Weitere Themen des Treffens waren eine Reflexion der Methodik unter Berücksichtigung der Entwicklung der Empfehlungen zur Impfung gegen Rotaviren. Insgesamt hat sich die in der aktuellen SOP dargestellte Methodik als hilfreich bei der systematischen Erarbeitung der Wirksamkeits- und Sicherheitsaspekte der Impfungen erwiesen. Die übersichtliche Darstellung im GRADE Evidenzprofil trägt sehr dazu bei, einen Überblick über die Datenlage zu erhalten und sie bewerten zu können. Zudem wurden der Stellenwert gesundheitsökonomischer Analysen bei der Entwicklung von Impfempfehlungen diskutiert und Verfahren zur Konsensusbildung in Leitliniengruppen von Frau Dr. Nothacker von der AWMF vorgestellt.

Ferner priorisierte die AG Methoden weitere Themen, die sie in ihren folgenden Sitzungen bearbeiten möchte. Hierzu gehören die grundsätzliche Einbeziehung der Gesundheitsökonomie in die Bewertungen der STIKO (mit höchster Priorität) oder die systematische Vorgehensweise bei der Bearbeitung von modifizierten Empfehlungen (bei minimalen Modifizierungen erscheint der durch die aktuelle SOP vorgegebene Arbeitsaufwand unverhältnismäßig groß zu sein).

In der anschließenden Diskussion wird auf die sehr hilfreiche Methodik der *Bewertung* der Evidenz nach GRADE *zusammen mit anderen Kriterien* durch die STIKO hingewiesen. Der Vorsitzende erläutert den Zusammenhang von „öffentlichem Interesse“ und den „öffentlichen Impfempfehlungen“ der Länder. Die „öffentliche Empfehlung“ ist ihrerseits Voraussetzung für die Zusage einer Entschädigung bei einer Gesundheitsschädigung durch eine entsprechende Impfung im Rahmen eines sog. Aufopferungsanspruches. Hier kommt also der Erreichung eines Herdenschutzes eine besondere Bedeutung zu. Die STIKO wurde im Jahr 1972 vor allem ins Leben gerufen, um die Länder hinsichtlich der „öffentlichen Empfehlungen“ zu beraten.. In den letzten 40 Jahren haben sich jedoch die Anzahl und die Komplexität der Impfstoffe und die damit verfügbaren Präventionsmöglichkeiten

deutlich verändert, so dass eine Diskussion um eine aktualisierte Definition des „Öffentlichen Interesses“ gerechtfertigt und notwendig ist.

Herr Harder stellt zudem den STIKO-Mitgliedern anschließend eine Interpretationshilfe als Gebrauchsanleitung zum Lesen und zur Interpretation des GRADE-Evidenzprofils und Forrest-Plots vor. Diese Interpretationshilfe soll auch auf den Seiten der STIKO online veröffentlicht werden. Eine Beschreibung der GRADE Methodik und ihres Stellenwerts im Prozess der Erarbeitung der Impfempfehlungen finden sich in der SOP der STIKO (bereits online verfügbar).

Frau Keller-Stanislawski weist auf die besondere Problematik der meist zu geringen Studiengröße von Zulassungsstudien bzgl. Erkennung seltener schwerwiegender UAW hin.

TOP 8 Impfung gegen Rotaviren

Herr Heininger, Herr Terhardt und Herr Zepp sind von der Beratung und Beschlussfassung zu TOP 8 gem. § 7 GO-STIKO ausgeschlossen. Nach der einführenden Präsentation und Klärung von Sachfragen verlassen sie den Sitzungssaal. Zur Beratung und Beschlussfassung sind 13 Mitglieder anwesend.

Herr Leidel begründet einleitend, warum der TOP erneut auf der Tagesordnung steht. Unter den STIKO-Mitgliedern bestand nach der letzten Sitzung allgemein der Eindruck, dass während der Sitzung nicht genug Raum für eine abschließende Diskussion gegeben war und diese daher auf der kommenden Sitzung fortgesetzt werden sollte. In einer der Sitzung folgenden Email-Abstimmung wurde dieses mehrheitlich beschlossen.

Für die AG Rotavirus präsentiert Frau Koch eine Zusammenfassung der Daten zur Krankheitslast, zur Wirksamkeit und Sicherheit der Impfstoffe, sowie zur Kosten-Nutzen-Modellierung. Unter der Annahme einer Impfquote von 80% würde demnach die Zahl der Rotavirus-bedingten Hospitalisierungen bei Kindern unter 5 Jahren von 28.000 auf 10.000 pro Jahr gesenkt werden und die Zahl der RV-Erkrankungen von geschätzten 450.000 auf 230.00 zurückgehen. Allerdings entstehen bei den derzeitigen Impfstoffkosten Mehrausgaben in Höhe von ca. 2000 € pro vermiedener Hospitalisierung. Kostenneutralität würde erreicht, wenn der aktuelle Impfstoffpreis auf etwa die Hälfte reduziert werden würde.

In einer ausführlichen Diskussion werden die einzelnen Aspekte des Fragenkatalogs für die Entwicklung von Impfempfehlungen durchgesprochen. Die Wirksamkeit und Sicherheit des Impfstoffs werden als sehr gut durch Studien belegt eingeschätzt. Insbesondere die Verhinderung schwerer RV-Infektionen und die Verhinderung nosokomialer RV-Fälle durch die Impfung werden hervorgehoben. Auch die Krankheitslast durch Rotavirus-Infektionen in Deutschland wird übereinstimmend als hoch angesehen.

Die Kosten werden kontrovers diskutiert. Einerseits scheinen die Kosten von ca. 100.000 Euro pro gewonnenen QALY hoch, doch es existiert in Deutschland kein gültiger Schwellenwert. Andererseits sind die absoluten Zusatzkosten durch die Rotavirus-Impfung von insgesamt ca. 36 Mio. Euro jährlich im Vergleich zu anderen medizinischen Maßnahmen niedrig. Es bleibt zu hoffen, dass es nach einer möglichen Empfehlung zu einer Senkung des Impfstoffpreises kommt, worauf die STIKO jedoch keinen Einfluss hat.

Von den Virologen wird darauf hingewiesen, dass das Rotavirus ein sehr wandlungsfähiges Genom hat (segmentiertes RNA Genom) und deshalb das Risiko eines „serotype replacement“ besteht. Zu der Fragestellung, wie hoch das Risiko für ein solches Replacement ist und welche Konsequenzen dieses für die Impfstoff-Effektivität haben könnte, liegt jedoch keine Evidenz vor. Eine ausreichende molekulare Surveillance ist daher zu gewährleisten. Das molekulare Monitoring von Rotaviren wird im Konsiliarlaboratorium für Rotaviren am RKI durchgeführt. Eine weitere offene Frage ist die Dauer der Immunität. Es kann möglicherweise zu einer Altersverschiebung kommen, was aber unproblematisch erscheint, weil Durchfallerkrankungen im höheren Lebensalter tendenziell milder verlaufen als bei Säuglingen.

Abstimmung:

Soll die STIKO die Impfung gegen Rotavirus als Standardimpfung aller Säuglinge empfehlen?

Abstimmung: 11 Ja, 1 Nein, 1 Enthaltung. Der Beschlussentwurf ist damit angenommen und geht ins Stellungnahmeverfahren nach § 8 Abs. 6 GO-STIKO.
Ende des 1. Sitzungstages: 15:45 Uhr

Tag 2, 6.11.12

TOP 9 Rabattverträge

Der für diesen TOP vorgesehene Beitrag des BMG wurde kurzfristig abgesagt. Dies wird von den STIKO-Mitgliedern sehr bedauert. Mehrere STIKO-Mitglieder geben ihre Erfahrung zu den Folgen der Rabattverträge aus der täglichen Praxis wider.

Durch die regionalen Ausschreibungen wird die Gefahr gesehen, dass letztlich nicht mehr der behandelnde Arzt, sondern die jeweiligen Krankenkassen den zu verwendenden Impfstoff auswählen. Neue und meist teurere –ggf. aber auch wirksamere– Impfstoffe werden in der Regel nicht berücksichtigt. Entscheidend sei, die Datenlage zur Wirksamkeit unterschiedlicher Impfstoffe zu evaluieren und eine mögliche Austauschbarkeit dieser zu überprüfen. Zusätzlich besteht ein Problem darin, dass durch die Rabattverträge ganze KV-Regionen an einzelne Hersteller gebunden sind und es im Falle eines Produktionsausfalls dieser Hersteller zu Lieferengpässen kommen kann. Wenn gleichzeitig andere, in den Ausschreibungsverfahren nicht berücksichtigte Hersteller ihre Produktion reduzieren oder die Vermarktung in andere Länder verlagern, kann ein solcher Engpass schwerer kompensiert werden. Im Folgenden wird diskutiert, ob und (wenn ja) wie sich die STIKO zu den Rabattverträgen äußern soll. Zwar gehört die Beschaffung von Impfstoffen nicht zum Aufgabengebiet der STIKO, andererseits wird aber die Notwendigkeit gesehen, eine fachliche Stellungnahme abzugeben, in der auf die Risiken der aktuellen Ausschreibungspraxis hinsichtlich einer adäquaten Impfstoffversorgung der Bevölkerung hingewiesen wird.

Die AG Influenza wird beauftragt, eine Stellungnahme zu entwerfen. Der Entwurf soll im Email-Verfahren abgestimmt werden.

Abstimmung Arbeitsauftrag: 16 Ja (einstimmig)

TOP 10 Impfung gegen Pneumokokken bei Erwachsenen

Ende 2011 wurde die Zulassung für den 13-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (PCV) erweitert. Dieser ist nun auch für Erwachsene >50 Jahre zugelassen. In einer Stellungnahme im Epidemiologischen Bulletin 7/2012 hat sich die STIKO hierzu geäußert und bisher keine ausreichende Evidenzgrundlage gesehen, um die geltende Empfehlung zur Pneumokokken-Impfung von Personen ab 60 Jahren mit Polysaccharid-Impfstoff (PPSV23) zu ändern.

Herr Bogdan präsentiert Daten über die Pneumokokken-Impfung bei Erwachsenen >50 Jahre, die bei der weiteren Entscheidungsfindung zu einer möglichen Änderung der aktuellen Impfempfehlung helfen sollen.

Es gibt derzeit keine Daten, die zeigen, dass PCV bei Gesunden zu dauerhaft besseren Antikörper-Antworten als PPSV führt, jedoch könnten die PCV-Impfstoffe bei immunsupprimierten Patienten immunologisch vorteilhaft sein. Allerdings sind neben messbaren Antikörpern auch Mechanismen der zellulären Immunität für die Schutzwirkung relevant. Protektionsstudien zu PCV7/PCV13 bei Personen >50/65 Jahre (mit oder ohne Grunderkrankungen) stehen aus.

Seit Einführung von PCV als Standardimpfung in den ersten 2 Lebensjahren 2006 ist es erwartungsgemäß zu einer Selektion der nicht durch die PCV abgedeckten Serotypen gekommen: im laborbasierten Sentinel-Surveillance-System PneumoWeb (www.rki.de/pneumoweb) haben die Zahlen gemeldeter invasiver Pneumokokken-Erkrankungen nur in der Altersgruppe der <16-Jährigen abgenommen, während sie in den höheren Altersgruppen stabil geblieben sind. Im gleichen Zeitraum hat sich die Verteilung der Serotypen zugunsten der Nicht-PCV-Typen verschoben. Dies könnte bedeuten, dass die Bedeutung von PCV7/PCV13 bei älteren Erwachsenen sich verringern könnte, sobald die entsprechenden Serotypen durch die breite Anwendung der Impfstoffe im Kindesalter verdrängt worden sind. Pneumokokken-Protein-Vakzine wären die wesentlich bessere Lösung, da diese eine Serogruppen-unabhängige Wirkungsweise hätten.

Diskussion

Es wird angemerkt, dass es auch zur klinischen Schutzwirkung einer sequentiellen Impfung (PCV + PPSV) keine ausreichenden Daten gibt.

Die Interpretation der beobachteten Serotypen-Verschiebungen in PneumoWeb ist schwierig, weil die Daten aus einer freiwilligen Sentinel-Surveillance stammen. Da die Größe der erfassten Bevölkerung nicht bekannt ist, können keine Inzidenzen berechnet werden. Veränderungen des Meldeverhaltens, der Häufigkeit von Blutkulturen sowie der erfassten Bevölkerung können zu Verzerrungen führen. Die Daten deuten dennoch auf eine Serotypen-Verschiebung hin. Analogieschlüsse zur HiB-Impfung, bei der es auch nach langjähriger Anwendung keine Hinweise auf einen nachlassenden Impfschutz gibt, seien nicht möglich, da es deutliche Unterschiede in der Epidemiologie der beiden Erreger gebe.

Insgesamt gibt es weiterhin keine ausreichende Evidenz für eine impfstoffspezifische Impfempfehlung. Daher sollen – wie auf den letzten Sitzungen geplant - vor weiteren Arbeitsschritten die Ergebnisse der CAPITA-Studie abgewartet werden, die die Effektivität des 13-valenten PCV-Impfstoffs bei Erwachsenen anhand von klinischen Endpunkten untersucht. Ferner ist geplant, dass eine Modellierung durch das RKI in Auftrag gegeben wird, in der die Effekte hinsichtlich der Anzahl verhinderter Fällen und anfallenden Kosten zwischen den beiden Impfstoffen verglichen werden soll.

TOP 11 Hepatitis B

Während dieses TOP verlassen Herr Bogdan und Frau Keller-Stanislawski wegen anderer dienstlicher Verpflichtungen vorzeitig die Sitzung.

Herr Harder und Herr Remschmidt präsentieren Daten aus der Arbeitsgruppe Hepatitis B, welche (i) eine neue Einteilung der Indikationsgruppen erarbeitet und (ii) einen systematischen Review zur Dauer des Impfschutzes nach Grundimmunisierung (GI) in Abhängigkeit vom Anti-HBs-Spiegel durchgeführt hat.

(i) Eine neue Einteilung der Indikationsgruppen erscheint der AG Hepatitis B sinnvoll, da die bisher verwendeten 8 Indikationsgruppen unübersichtlich und die einzelnen Risikogruppen nicht mit Literatur belegt sind. Zusätzlich erscheinen die bestehenden Empfehlungen hinsichtlich serologischer Vortestung und Impferfolgskontrolle unsystematisch.

Die AG Hepatitis schlägt eine Einteilung in 5 Indikationsgruppen vor. Für jede dieser Gruppen sollen exemplarische Personengruppen genannt und ein erhöhtes Infektions- oder Übertragungsrisiko durch Literaturquellen belegt werden. Zusätzlich soll in einem nächsten Arbeitsschritt festgelegt werden, für welche dieser neuen Gruppen eine serologische Vortestung und/ oder eine Impferfolgskontrolle notwendig ist.

- **Gruppe 1:** Personen mit erhöhtem Risiko für einen schweren Verlauf einer Hepatitis B, z.B. Personen mit einer Hepatitis C-Koinfektion.
- **Gruppe 2:** Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko, z.B. Männer die Sex mit Männern haben; i.v.-Drogenkonsumenten; Gefängnisinsassen; Patienten psychiatrischer Einrichtungen; Diabetiker in Heimen.

- **Gruppe 3:** Personen mit Immundefizienz oder –suppression, z.B. HIV-positive Patienten; Dialysepatienten.
- **Gruppe 4:** Berufliche Indikationen: Personen, die ein erhöhtes Infektionsrisiko haben und Personen, die Dritte durch eine vorhandene/erworbene Infektion gefährden können, z.B. Gesundheitsdienstpersonal; Lehrer an Förderschulen bzw. Behindertenwerkstätten.
- **Gruppe 5:** Reiseindikation (inhaltlich ähnlich wie Gruppe 2), aber wie bei allen Reiseimpfungen sehr individuelle Risikoeinschätzung erforderlich.

(ii) In Deutschland wird als Kriterium für eine erfolgreiche Impfung das Erreichen eines Anti-HBs-Spiegels von ≥100 IU/l definiert, während in der internationalen Fachliteratur und durch Nationale Impfkommissionen (bspw. ACIP) überwiegend ein Spiegel von ≥10 IU/l als protektiv definiert wird.

Um den Langzeitschutz nach Grundimmunisierung gegen Hepatitis B in Abhängigkeit vom initialen Anti-HBs-Spiegel zu untersuchen und damit eine Datengrundlage für die Entscheidung der STIKO zum Impferfolgskriterium zu schaffen, wurde ein systematischer Review durchgeführt, durch den 2 randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), eine nicht-randomisierte klinische Studie (nRCT) und 12 einarmige Kohortenstudien identifiziert wurden.

In den Kohortenstudien, welche insgesamt 2173 Teilnehmer hatten und Nachbeobachtungszeiten von 5-22 Jahren aufwiesen, wurden bei geimpften (und nie geboosterten) Personen keine Fälle von klinischer Hepatitis oder HBs-AG-Positivität berichtet, während Anti-Hbc-Positivität mit einer Häufigkeit von 0/1000 bis 265/1000 auftrat. Allerdings wies keine dieser Kohortenstudien eine ungeimpfte Kontrollgruppe auf, so dass die Berechnung der Impfeffektivität (effectiveness) sowie Aussagen zum Basisrisiko in den jeweiligen Populationen nicht möglich waren.

Einer der beiden RCTs erlaubt Aussagen zum Langzeitschutz in Abhängigkeit von der Anti-HBs-Konzentration nach GI. Diese Studie (Liao et al., 1999) verwendete ein anti-HBs $\geq$10 IU/l als Impferfolgskriterium. Hier betrug die Impfeffektivität (efficacy) hinsichtlich chronischer Hepatitis B 15 Jahre nach Grundimmunisierung ohne Boosterung 96% (95%-KI: 74-99%), für HBs-Ag-Positivität 89% (12%-99%) und hinsichtlich Anti-HBc-Positivität 73% (57%-84%). In die Evidenzbewertung mittels GRADE-Methodik ging somit ein RCT ein. Aufgrund mehrfacher Limitierungen (hohe Verluste im Nachbeobachtungszeitraum, zweifach indirekte Evidenz) wurde die Evidenz für einen Langzeitschutz gegen Hepatitis B nach Grundimmunisierung mit dem Impferfolgskriterium anti-HBs >10 IU/l als von sehr geringer Qualität („very low quality“) bewertet. Evidenz, dass ein anti-HBs-Spiegel von 100 IU/l einem Spiegel von 10 IU/l überlegen ist, gibt es nicht. Darüber hinaus wurde eine Studie vorgestellt (Huzly et al., 2008), gemäß der die zur quantitativen anti-HBs Bestimmung eingesetzten kommerziellen Anti-HBs-Assays ungenaue und im unteren Messberecih auch falsch positive Ergebnisse liefern.

Diskussion:

In der nachfolgenden Diskussion wird darauf hingewiesen, dass die Festlegung des Anti-HBs-Spiegels auch praktische Konsequenzen habe. Es wird vermutet, dass etwa 5% der Grundimmunisierten Low-Responder (Anti-HBs 10-99 IU/l) oder Non-Responder (Anti-HBs <10 IU/l) sind und teilweise vielfach nachgeimpft werden müssen, um den Spiegel von 100 IU/l zu erreichen. Hinsichtlich der vermutlich niedrigen Inzidenz von chronischen Hepatitis B Erkrankungen bei Low- und Non-Respondern ist es fraglich, ob solch ein praktischer und finanzieller Aufwand sinnvoll ist. Aus keinem der Länder, in denen ein Spiegel von $\geq$10 IU/l als protektiv angesehen wird, werden Probleme im Sinne häufiger klinischer Impfdurchbrüche berichtet.

Die Ergebnisse des systematischen Reviews und die Bewertung der RCTs mittels GRADE werden als nicht hilfreich zur Beantwortung der Frage des protektiven Spiegels angesehen. Es sollten weitere epidemiologische Studien, bspw. Fall-Kontroll-Studien, zur Beantwortung herangezogen werden.

Da es sich bei der Hepatitis B um eine meldepflichtige Erkrankung handelt, sollte das RKI außerdem versuchen, den übermittelten Hepatitis B-Erkrankungen hinsichtlich tatsächlicher Impfdurchbrüche

nachzugehen. Die GS weist darauf hin, dass die die Angaben zum Impfstatus häufig sehr unvollständig sind.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, welches Impfziel die STIKO mit der Hepatitis B-Impfung verfolgt. Bisher sei das Impfziel, (klinische) Hepatitis B-Erkrankungen zu verhindern. Da eine natürliche Infektion – auch bei Entwicklung von Antikörpern - zu einer Persistenz des Erregers führt, kann es auch bei klinisch inapparenten Verläufen infolge einer Immunsuppression zu einer Reaktivierung kommen. Daher sei zu diskutieren, ob das Impfziel die Verhinderung von Hepatitis B-Infektionen sein solle.

Eine Neueinteilung der Indikationsgruppen wird von der STIKO grundsätzlich begrüßt, allerdings erscheint die Zuteilung der exemplarisch genannten Personengruppen teilweise noch nicht plausibel (bspw. Dialysepatienten in der Gruppe der Immunsupprimierten). Es wird hinterfragt, ob die Bildung einer eigenen Gruppe „Immundefiziente und –supprimierte“ sinnvoll ist.

Es folgt noch der Hinweis, dass im Rahmen der Überarbeitung der Hepatitis B Impfung auch die Postexpositionsprophylaxe (PEP) überarbeitet werden sollte, die ebenfalls logische Brüche enthält.

Es besteht Konsens, dass die Frage des protektiven Anti-HBs-Spiegels zum jetzigen Zeitpunkt nicht beantwortet werden kann. Es ergeben sich folgende Arbeitsaufträge (zunächst unter Beibehaltung des als protektiv definierten Anti-HBs-Spiegels von ≥100 IU/l) an die Arbeitsgruppe Hepatitis B, die in der folgenden Reihenfolge priorisiert werden:

(i) Die PEP-Empfehlung soll überarbeitet und logische Brüche beseitigt werden.
(ii) Das Impfziel der Hepatitis B Impfung soll (neu) definiert werden.
(iii) Die Einteilung der Indikationsgruppen soll überprüft und ggf. modifiziert werden.
(iv) Es soll erarbeitet werden, welche Indikationsgruppen vor- und nachgetestet werden sollen.
(v) Die systematische Literaturrecherche zum Impferfolgskriterium soll ausgeweitet und epidemiologische Studien (inkl. Fall-Kontroll-Studien) sollen stärker berücksichtigt werden.

Zusätzlich soll es erste Überlegungen dazu geben, wie der Impfstatus von Heranwachsenden bewertet werden kann, die bereits im Kindesalter grundimmunisiert wurden. Das RKI wird prüfen, ob die Erfassung des Impfstatus der gemeldeten Hepatitis B-Fälle verbessert werden kann.

Abstimmung Arbeitsauftrag: 15 Ja (einstimmig)

TOP 12 Influenza

Herr Mertens und Herr Falkenhorst stellen Daten zur Influenzaimpfung vor.

Die Zahl der zu Lasten der GKV verordneten Impfstoffdosen ist in den Saisons 2009/10 bis 2011/12 um etwa 20% zurückgegangen. Die Zahl der vom PEI freigegebenen Impfstoffdosen ist seit 2010/11 deutlich rückläufig. Dieser Trend setzt sich in 2012 fort, was bei Weitem nicht allein durch den Rückruf von Novartis-Impfstoffen (750.000 Dosen) erklärbar ist.

Daten aus Deutschland (AGI-Influenza am RKI) der letzten Saison zeigen eine niedrige Impfeffektivität (VE) gegen laborbestätigte A(H3N2)-Influenza von 49% (95% KI 17% – 69%) über alle Altersgruppen, wobei die VE bei den ≥60-Jährigen nur 27% (95% KI -110% – 74%) betrug. Allerdings liegen nur unzureichende Daten über mögliche Störgrößen vor, so dass die VE-Schätzer mit einem Fehler behaftet sein könnten.

Für adjuvantierte Impfstoffe gibt es in den höheren Altersgruppen wenig überzeugende Daten, insbesondere gibt es keine veröffentlichten randomisierten klinischen Studien, die nicht-adjuvantierte und adjuvantierte Impfstoffe direkt miteinander vergleichen. Für den in dieser Saison in Deutschland erstmals verfügbaren attenuierten Lebendimpfstoff (LAIV) hingegen gibt es direkte Vergleichsdaten (LAIV vs. TIV), die eine Überlegenheit des LAIV bei Kindern im Alter von 6 Monaten bis 6-7 Jahre

zeigen. Diesbezüglich hat sich die STIKO im September 2012 bereits im Rahmen einer Stellungnahme geäußert.

In der Saison 2013/14 ist die Einführung eines ersten inaktivierten quadrivalenten Impfstoffes geplant.

Hinsichtlich der Impfstrategie wird in den letzten Jahren zunehmend die Frage einer generellen Impfempfehlung für Kinder diskutiert. Bislang empfehlen dies erst 8 EU-Staaten, in UK ist ab 2014/15 die Impfung aller (Schul-)Kinder mit LAIV geplant. Ein kürzlich erschienener Technical Report des ECDC kommt zu dem Schluss, dass die Krankheitslast bei Kindern bis 4 Jahre hoch ist und deshalb ein Impfschutz gegen Influenza wünschenswert sei. Allerdings gäbe es keine Studien zur tatsächlichen Impfeffektivität (effectiveness) bei Kindern in Europa.In dieser Altersgruppe seien außerdem mögliche nachteilige Auswirkungen auf die Akzeptanz anderer Impfungen zu berücksichtigen. Für Kinder >4 Jahre sei der individuelle Nutzen der Impfung wegen der geringeren Krankheitslast geringer; Hauptziel der generellen Impfung älterer Kinder sei der Aufbau eines Herdenschutzes. Allerdings sei die Evidenz für die Erreichung (ab welchen Impfquoten?) und der Stärke eines Herdenschutzes lückenhaft und teilweise auch widersprüchlich.

Diskussion:

Nachfolgend wird diskutiert, ob die STIKO aufgrund der vorliegenden Daten impfstofftyp-spezifische Empfehlungen zunächst für spezielle Gruppen (z.B. LAIV-Impfung für Kinder) aussprechen soll, oder ob eine generelle Überarbeitung der Influenzaimpfempfehlung erforderlich ist. Die WHO hat gerade die Evidenz für die Influenzaimpfung verschiedener Zielgruppen evaluiert. Dieser noch nicht veröffentlichte Bericht soll von der GS in der nächsten STIKO-Sitzung vorgestellt werden.

Möglicherweise könnten vom RKI Studien durchgeführt werden, die die Impfeffektivität anhand klinischer Endpunkte in Krankenhäusern messen. Die Ergebnisse solcher Studien würden aber erst in 2-3 Jahren vorliegen. Zur Frage der Empfehlung einer generellen Impfung aller Kinder könnte eine Modellierung weitere Hinweise liefern.

An die Arbeitsgruppe ergeht folgender Auftrag:

(i) Die Datengrundlage für eine „Präferenz-Empfehlung“ von LAIV für die bestehende Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen mit Grundkrankheit soll anhand der SOP erarbeitet werden.

(ii) Die AG soll sich einen Überblick über die aktuellen internationalen Aktivitäten hinsichtlich einer generellen Überprüfung der üblichen Influenza-Impfempfehlungen verschaffen und auf dieser Grundlage erste Schritte für eine Evaluation der bestehenden Influenza-Impfempfehlungen der STIKO unternehmen.

Dieser Arbeitsauftrag wird mit 11 Ja-Stimmen angenommen.

TOP 13 Masern

Frau Matysiak-Klose berichtet über aktuelle epidemiologische Daten und stellt Fragestellungen im Rahmen der Impfung gegen Masern und Röteln vor, die es möglicherweise sinnvoll erscheinen lassen, eine AG Masern zu gründen. So werden die Sicherheit und Wirksamkeit von Humanglobulinen zur Prophylaxe der Masern bei Personen mit einem hohen Komplikationsrisiko und der MMR-Kombinationsimpfung bei Impfung von Frauenim Wochenbett diskutiert. Die STIKO hält die Einrichtung einer Arbeitsgruppe zur Bearbeitung dieser Themen angesichts eines als sicher eingeschätzten Sicherheits- wie Wirksamkeitsprofils für nicht notwendig.

Die STIKO diskutiert die hohe Inzidenz der Masern bei 0- bis 2-jährigen Kindern und beschließt, zu diesem Themengebiet eine Stellungnahme zu verfassen, schriftlich abzustimmen und zu publizieren.

Frau Reckendrees stellt die neue Kampagne der BZgA zur Masernimpfung „Deutschland sucht den Impfpass“ vor. Die Kampagne wird gut angenommen und inhaltlich verstanden. Auch sind die Zugriffszahlen auf der entsprechenden BZgA-Webseite gestiegen, wo man sich über die Kampagne

weiter informieren kann. Eine aktuelle Befragung der BZgA von mehr als 4.000 Personen konnte zeigen (Feldphase: Juli/August 2012), dass 81 % der nach 1970 geborenen Befragten die Masern-Impfempfehlung für Erwachsene nicht kennen.

Auch von der STIKO wird die Kampagne als sehr nützlich empfunden und eine Weiterführung bzw. regelmäßige Wiederholungen solcher Kampagnen sehr befürwortet.

Frau Klug, Frau van der Sande und Herr Heininger verlassen die Sitzung.

TOP 14 Verschiedenes

(i) Von der Geschäftsstelle wird vorgeschlagen, die STIKO-Empfehlungen ab 2013 aus logistischen Gründen (personelle Engpässe während der Schulferien) etwa 4 Wochen später, also z.B. im Epidemiologischen Bulletin Nr. 34 (statt Nr. 30) zu veröffentlichen. Die STIKO bedauert dies, weil der Termin „Heft 30“ allgemein bekannt sei, stimmt dem Vorschlag angesichts der vorgebrachten Gründe aber zu. Allerdings sollte diese Änderung auch publiziert werden, z.B. auf der Homepage des RKI und im Heft Nr. 30.

(ii) Für eine bessere Übersichtlichkeit wird von der GS vorgeschlagen, den Impfkalender auf einer Seite im Querformat abzudrucken. Außerdem wird vorgeschlagen, auf dem Impfkalender Hinweise zu den Impfkalendern in 15 Sprachen abzudrucken. Die Vorschläge werden von der STIKO einstimmig angenommen.

(iii) Herr Leidel schlägt vor, STIKO-Sitzungen generell auf 2 Tage anzusetzen. Es gibt hierzu keine Einwände.

15:45 Ende der Sitzung

Nächste STIKO-Sitzung: 19.-20. März 2013 (zweitägig).

Berlin, 19.März 2013. (nach finaler Abstimmung auf der 75. STIKO-Sitzung)

gez. Dr. Jan Leidel	gez. Dr. Ole Wichmann
Vorsitzender der STIKO	Leiter Fachgebiet Impfprävention des RKI